UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1964 N° 110

SÉCURITÉ SOCIALE ET HOSPITALISATION

Etude des conditions d'admission d'un Assuré Social au C. H. U. de Toulouse

Travail de la Chaire de Médecine Sociale
(Professeur J. MONNIER)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement en décembre 1964

PAR

Jacques SOULIÉ
Ancien Externe des Hôpitaux
Ancien Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

MEMBRES DU JURY.

MM. GADRAT		*Président.*
MONNIER		*Assesseurs.*
LAPORTE (J.)		
DELAUDE		
LE TALLEC		*Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE TOULOUSAINE
Vve R. LION
16, Rue Lakanal, 16
1964

ERRATUM

---

page 14, lire dans l'ordre suivant :

— Centre Hospitalier Régional,
— Centre Hospitalier,
— Hôpital,
— Hôpital rural,
— Hospice,

page 46, lire le premier alinéa :

Il est bien évident, etc...

après la ligne :

• traitements onéreux précédemment définis.

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN	MM.	Lazorthes.
1er ASSESSEUR		Blanc.
2e ASSESSEUR		Sorel.
DOYENS HONORAIRES		Gorse, Calvet, Lefebvre, Brustier.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ribaut, Vallois, Tapie, Delas, Riser, Bugnard.

SECTION MEDECINE

PROFESSEURS

Clinique médicale	MM.	Mériel, Gadrat.
Clinique médicale		Lagrot.
Clinique chirurgicale		Fabre (P.).
Clinique chirurgicale et Gynéco gie		Grimoud.
Clinique chirurgicale et du Cancer		Virenque.
Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie		Rieunau.
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique		Enjalbert.
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire		Bazex.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques		Morel.
Clinique des Maladies de la Tuberculose et Pathologie interne		Lhez.
Clinique des Maladies des voies urinaires		Andrieu.
Clinique des maladies infectieuses		Sorel (R.).
Clinique médicale infantile et Puériculture		Bardier.
Clinique médicale de la Première enfance		Lazorthes.
Clinique de Neuro-Chirurgie		Géraud.
Clinique de Neurologie et Psychiatrie		Guilhem (P.).
Clinique obstétricale		Cadenat (H.).
Clinique odonto-stomatologique		Calmettes.
Clinique ophtalmologique		Calvet.
Clinique O.R.L. et de Chirurgie maxillo-faciale		Ruffié (R.).
Clinique rhumatologique		Pontonnier.
Accouchement et Obstétricie sociale		Thomas.
Anatomie		Poulhès.
Anatomie appliquée		Fabre (J.).
Anatomie pathologique		N...
Bactériologie, Hygiène et Médecine sociale		Auvergnat.
Biophysique médicale		Valdiguié (P.).
Chimie biologique		Marquès.
Electro-Radiologie		Broussy (Jean).
Embryologie générale		Bimes.
Histologie		Darnaud.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie		Planques.
Médecine légale et du Travail		Monnier.
Médecine sociale		Bouisset.
Parasitologie		Dambrin.
Pathologie chirurgicale		Sendrail.
Pathologie générale et Médecine expérimentale		N...
Physico-Chimie		Laporte (Y.).
Physiologie		Baïsset.
Physiologie appliquée et Pharmacologie		Laporte (J.).
Propédeutique médicale		Dardenne.
Thérapeutique		

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Bactériologie	Mme	Enjalbert.
Biochimie médicale	MM.	Douste-Blazy.
Maladies infectieuses		Armengaud.
Oto-Rhino-Laryngologie		Claux.
Pathologie médicale		Boulard.
Physique médicale		Bru.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie pathologique	MM.	Bouissou.
Histologie et Embryologie		Planel.
Ophtalmologie		Déodati.
Parasitologie		Ruffié (J.).
Physiologie		Montastruc.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Anatomie	MM.	Bastide.
Anesthésiologie		Lareng.
Carcinologie		Estrade.
—		Gédéon.
—		Safrazin.
Electro-Radiologie		Pons.
Hématologie		Ducos.
Histologie et Embryologie		Guilhem (A.).
Médecine générale		Ribaut.
Pathologie expérimentale		Gleizes.
Physiologie		Bessou.
Physique médicale		Commanay.
Pneumophtisiologie		Miguères.

AGREGES

Médecine générale	MM.	Calazel.
—		Rascol.
—		Le Tallec.
—		Ribet.
Chirurgie générale		Ficat.
—		Pasquié.
—		Gaubert.
—		Souquet.
Dermatologie - Syphiligraphie		Dupré.
Hydrologie		Denard.
Médecine légale		Grèzes-Rueff.
Neurochirurgie		Espagno (J.).
Neurologie et Psychiatrie		Gayral.
Obstétrique		Espagno (Guy).
Ophtalmologie		Bec.
Pneumo-Phtisiologie		Delaude.

AGREGES LIBRES

Pathologie chirurgicale	M.	Dieulafé

SECTION PHARMACIE

PROFESSEURS

Botanique, Cryptogamie	Mme	Dulucq-Mathou
Chimie analytique, Toxicologie et Hygiène industrielle	MM.	Bourbon.
Chimie pharmaceutique		Blanc.
Matière médicale		Vincent.
Pharmacie chimique et Pharmacodynamie		Caujolle.
Pharmacie galénique		Stanislas.
Zoologie		Roux.

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Botanique	MM.	Roques.
Pharmacie		Couturier.
Sciences naturelles	Mme	Caujolle.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Microbiologie	MM.	Breuillaud.
Sciences physiques		Pitet.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Chimie organique	MM.	Bertrand.
Toxicologie		Broussy (G.)
Zoologie		Gayrel.

PERSONNEL ADMINISTRATIF

Secrétaire principal	MM.	Roche.
Secrétaire		Berrut.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 mai 1891)

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1964 N° 110

SÉCURITÉ SOCIALE
ET
HOSPITALISATION

Etude des conditions d'admission d'un Assuré Social au C. H. U. de Toulouse

Travail de la Chaire de Médecine Sociale
(Professeur J. MONNIER)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en décembre 1964

PAR

Jacques SOULIÉ
Ancien Externe des Hôpitaux
Ancien Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

MEMBRES DU JURY.

MM. GADRAT	*Président.*
MONNIER, LAPORTE (J.), DELAUDE	*Assesseurs.*
LE TALLEC	*Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE TOULOUSAINE
Vve R. LION
16, Rue Lakanal, 16
1964

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546523_0095

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GADRAT

Professeur de Clinique médicale
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

Il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre Jury de thèse.

Qu'il nous permette de l'assurer de notre respect et de notre profonde gratitude.

A NOTRE JURY DE THÈSE :

Monsieur le Professeur MONNIER
Professeur de Médecine sociale
Médecin des Hôpitaux

Il nous a confié ce travail.

Nous le remercions pour son enseignement et pour la bienveillante sympathie qu'il nous a témoignée.

Nous l'assurons de notre respectueuse reconnaissance.

Monsieur le Professeur J. LAPORTE
Professeur de Propédeutique médicale

Il nous a fait l'honneur d'être notre juge.

Nous tenons à lui témoigner notre gratitude pour son enseignement.

Monsieur le Professeur DELAUDE
Professeur Agrégé de Pneumo-Phtisiologie

Il a bien voulu siéger à notre Jury de thèse.

Nous le remercions pour sa bienveillance et pour l'enseignement qu'il nous a prodigué.

Monsieur le Professeur LE TALLEC
Professeur Agrégé de Médecine générale

Avec nos respectueux remerciements pour avoir accepté d'être notre juge.

A Monsieur le Médecin Général Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire et de l'Hôpital Militaire d'Instruction Desgenettes.

A NOS MAITRES DES FACULTÉS DE MÉDECINE ET DES HÔPITAUX CIVILS ET MILITAIRES DE TOULOUSE ET DE LYON

A NOS CHEFS

A NOS CAMARADES DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

INTRODUCTION

La participation comme Externe des Hôpitaux à l'activité de différents services de consultation ou d'hospitalisation en médecine, chirurgie ou spécialités dans un Centre Hospitalier Universitaire, fait immédiatement réaliser le rôle essentiel que joue la Sécurité Sociale, non seulement dans l'équipement et le fonctionnement des Hôpitaux, mais surtout en permettant à la plus grande partie de la population, quels que soient ses revenus, de bénéficier de soins hospitaliers.

Suivant les cas, un malade assuré social sera déchargé des 4/5 ou de la totalité de ses frais d'hospitalisation. Il n'aura même pas à faire l'avance de trésorerie correspondant à cette somme pour laquelle il est pris en charge. Cependant, pour pouvoir bénéficier de ces avantages, il faut qu'un certain nombre de conditions médicales et administratives soient remplies.

Il nous est apparu qu'il était intéressant, pour un médecin, de connaître l'essentiel de ces dispositions pour pouvoir utilement renseigner ses clients ou tout au moins les orienter sur les organismes ou les personnalités capables de les aider.

C'est avec cette préoccupation essentiellement pratique que notre Maître, le Professeur MONNIER, nous a confié ce sujet de travail sur la Sécurité Sociale et l'hospitalisation, en nous engageant à étudier de façon plus particulière, les conditions d'admission d'un Assuré au Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse.

Nous avons conduit ce travail de façon assez empirique : après avoir pris connaissance d'une documentation administrative et technique avec laquelle nous n'étions guère familiarisés, nous nous sommes adressés à différentes personnalités qui ont bien voulu répondre à nos questions avec une extrême bienveillance, et nous faire bénéficier de leurs conseils.

Nous tenons en premier lieu à exprimer notre profonde gratitude à Monsieur le Docteur BARRÈRE, Médecin Conseil Régional de la Sécurité Sociale, qui nous a apporté un appui sans réserve et a mis à notre disposition une documentation et des conseils précieux, ainsi qu'à Monsieur le Docteur SOULA, Médecin Conseil du Centre Hospitalier Régional, qui a bien voulu suivre dans le détail l'élaboration de ce travail. Nous remercions également Monsieur BERNARD, Contrôleur du Bureau des entrées, Monsieur LASSERRE, Rédacteur au Bureau des entrées ainsi que Mademoiselle CHAMAYOU, Assistante Sociale du Centre Hospitalier Régional.

Nous présentons donc notre travail de la façon suivante :

— Dans une première partie nous rappelons quelques-uns des principes généraux du système hospitalier français et de l'organisation de l'Hôpital public ;

— Dans une deuxième partie nous nous efforçons de systématiser les différentes démarches effectuées par l'Assuré Social ou sa famille, en vue de la prise en charge de ses frais d'hospitalisation ;

— Nous présentons enfin, sous forme de réflexions pratiques quelques-uns des problèmes qui nous semblent se poser aux agents administratifs du Bureau des entrées de l'Hôpital, aux Médecins Conseils de la Sécurité Sociale et aux Assistantes Sociales, et nous formulons en conclusion quelques suggestions en vue de leur solution.

Hôpital Public et Sécurité Sociale

Les Hôpitaux et Hospices publics sont soumis, en ce qui concerne les dispositions générales, aux deux textes fondamentaux suivants :

— ordonnance 58 1198 du 11 décembre 1958, modifiant le Code de la Santé Publique ;

— décret n° 58 1202 du 11 décembre 1958, pris pour l'application de l'Ordonnance.

Les Hôpitaux et Hospices sont des Etablissements publics communaux, intercommunaux, départementaux, interdépartementaux et nationaux.

Un certain nombre d'établissements sont exclus de la législation hospitalière, mais relèvent de législations particulières. Ce sont :

— les établissements psychiatriques,
— les établissements de lutte antituberculeuse,
— les établissements créés et gérés par les organismes de Sécurité Sociale,
— les établissements d'enfants à caractère sanitaire.

Nous étudierons ici les seuls Hôpitaux publics.

Les décrets n° 58 1202 et 59 957 du 3 août 1959 ont prévu le classement des établissements en cinq catégories :

— Centre Hospitalier Régional,
— Hôpital,
— Hôpital rural,
— Centre Hospitalier,
— Hospice,
qui comportent chacun des services déterminés selon des normes très strictes.

Ces dispositions nouvelles l'attestent : l'Hôpital public n'a pas échappé aux grandes transformations de ce XX[e] siècle.

En 1900, les malades adressés à l'Hôpital sont des indigents, des vieillards, des personnes sans protection sociale. Créé dans un but charitable, l'Hôpital vit, pour une part fort appréciable, de libéralités.

De nos jours, l'évolution enregistrée sur le plan de l'implantation sanitaire et de la technique médicale apporte sa notoriété à l'établissement hospitalier devenu centre de soins, d'enseignement et de recherche.

Une impulsion supplémentaire est apportée par la Sécurité Sociale ; les organismes de Sécurité Sociale participent aux investissements hospitaliers comme ils garantissent à l'Assuré Social, tout au long de son séjour hospitalier, le remboursement partiel ou intégral des frais de soins et d'hébergement.

La mise en pratique du Concept de régionalisation et l'extension du système de Sécurité Sociale expliquent les mutations que nous allons analyser dans les domaines de l'implantation et du fonctionnement des Hôpitaux et Hospices publics.

I. — FACTEURS D'EVOLUTION DU SYSTEME HOSPITALIER

Parmi les multiples causes qui ont donné à l'Hôpital public le visage que nous lui connaissons, deux paraissent devoir retenir particulièrement notre attention :

— d'une part la mise en pratique du « Concept de Régionalisation » ;

— d'autre part la généralisation du système de Sécurité Sociale.

A) Le Concept de Régionalisation

Les Hôpitaux ne peuvent être conçus comme totalement autonomes que lorsqu'ils sont géographiquement isolés. Dans les autres cas — la majorité dans nos régions — la création d'une infrastructure sanitaire coordonnée, hiérarchisée, s'est avérée de plus en plus indispensable.

Comparer l'organisation sanitaire d'hier et d'aujourd'hui, c'est mesurer l'importance de la notion de concept de régionalisation sur le devenir de la structure hospitalière.

Autrefois :

— La spécialisation de la médecine est à peine esquissée. Les Hôpitaux sont donc conçus comme autonomes et complets ;

— Les conditions de transports des malades sont précaires, d'où implantation multiple de petits Hôpitaux.

— L'Hôpital étant une organisation charitable, les notions de rendement et de prix de revient n'entrent pas en ligne de compte, d'où hébergement d'un nombre variable de chroniques.

De nos jours :

— La spécialisation des diverses branches de la science médicale, le développement rapide des moyens de transport, le remplacement du caractère charitable par le principe d'universalité de l'Hôpital, grâce en particulier à l'extension de la Sécurité Sociale, ont fait du Concept de régionalisation, la pierre d'achoppement de notre organisation hospitalière.

De quoi s'agit-il ?

De la mise en place d'un système coordonné et hiérarchisé comportant essentiellement :

I) *Le Centre Hospitalier Régional* au chef-lieu de la région, remplissant trois fonctions :

a) Fonction Régionale : la clientèle venue de la région tout entière bénéficie de services hautement spécialisés.
b) Fonction Départementale, mettant à la disposition des malades du département les services de spécialité courants.
c) Fonction Locale, grâce à des services ou établissements complémentaires pour le traitement des maladies courantes.

II) *Le Centre Hospitalier* à l'échelon départemental, pourvu des services de spécialité courants lui permettent d'assurer une double fonction départementale et locale.

III) *L'Hôpital* qui dessert la circonscription immédiatement inférieure correspondant à peu près à l'arrondissement sans en épouser généralement les limites géographiques. Il doit être en mesure de traiter tous les cas courants de médecine, chirurgie et maternité.

IV) *L'Hôpital Rural* qui est la plus petite formation sanitaire mise à la disposition des populations campagnardes. Il contitue un centre de soins, un établissement préventif et une école d'éducation sanitaire.

Le Système hiérarchisé, tel que nous venons de l'analyser, comporte au moins deux défauts :

— isolement du Centre Régional dont seule la fonction la plus spécialisée est exprimée,

— étapes successives qu'un malade venant d'un Hôpital rural doit franchir avant son admission au Centre Régional.

Du moins la mise en pratique du Concept de régionalisation assure-t-elle la couverture de l'ensemble des besoins. De plus, ce schéma rendant possible une coordination administrative et technique, autorise le déplacement de spécialistes attachés au Centre Régional vers les Hôpitaux locaux, permettant une conception dynamique des Services Hospitaliers.

B) La Sécurité Sociale

Les progrès sur le plan de la technique médicale comme sur le plan des réalisations concernant l'infrastructure sanitaire appellent une évolution des idées sociales.

L'Hôpital public devenu centre scientifique distribue non plus des secours mais des soins éclairés à toutes les classes de la société. Le décret du 19 octobre 1951, retranche des règles d'admission à l'Hôpital ou à l'Hospice celles du maximum de ressources, témoignant ainsi de la disparition des anciennes conceptions fondées sur l'indigence de l'hospitalisé et du triomphe de la notion de service public ouvert à tous, contre remboursement des prestations fournies.

A la notion d'assistance médicale se substitue celle

plus large d'aide sociale, aide consentie aux malades « dépourvus de ressources suffisantes » par la commune, le département et l'Etat.

Avec la création de la Sécurité Sociale se fait jour l'idée que tout individu doit être assuré de sa sécurité, de la permanence d'une ambiance, d'un milieu social.

Dans le cadre hospitalier, les organismes de Sécurité Sociale ont une double fonction :

1) Financer les investissements : les organismes de Sécurité Sociale participent pour 30 % aux investissements hospitaliers grâce à leurs fonds d'action sanitaire et sociale.

2) Garantir le remboursement partiel ou intégral des frais d'hospitalisation de l'assuré social.

Participant de façon prépondérante à la gestion financière des établissements hospitaliers, responsable de l'augmentation considérable du nombre des malades hospitalisés, la Sécurité Sociale, au lendemain de la mise en place d'un système sanitaire plus rationnel, contribue à donner un visage nouveau, que nous allons essayer de mieux connaître, à l'Hôpital public de 1964.

II. — L'HOPITAL PUBLIC EN 1964

Centre de soins ouvert à toutes les classes sociales, l'Hôpital doit être en mesure d'assurer toutes les formes de soins à la plus grande partie de la population.

Par ailleurs, l'Hôpital contribue à la formation des membres du corps médical et à la recherche.

Nous envisagerons successivement :

— La classification des Hôpitaux publics,
— La gestion de l'Hôpital public,
— L'organisation interne de l'Hôpital public.

A) Classification des Hôpitaux publics

Le décret du 3 août 1959 prévoit le classement des établissements en cinq catégories :

— Centres Hospitaliers Régionaux,
— Centres Hospitaliers,
— Hôpitaux,
— Hôpitaux ruraux,
— Hospices,

et précise les caractéristiques essentielles de chacune d'elles :

1) *Le Centre Hospitalier Régional :*

Il est en principe situé dans une ville, siège d'une Faculté ou Ecole Nationale de plein exercice de médecine ; il porte alors le nom de Centre Hospitalier et Universitaire (C.H.U.), remplissant une mission d'ensei-

gnement et de recherche, qui s'ajoute à la fonction de soins aux malades. Si la ville chef-lieu de circonscription ne possède ni Faculté ni Ecole de Médecine, il peut être institué un Centre Hospitalier Régional dans cette ville si l'importance de celle-ci et les besoins de la circonscription sanitaire le justifient.

Le Centre Hospitalier Régional doit comporter :

— Des services de médecine générale et de chirurgie générale ;
— Les services de médecine spécialisée et de chirurgie spécialisée qui seront jugés nécessaires ;
— Un ou plusieurs services de médecine infantile et de chirurgie infantile ;
— Un ou plusieurs services de chacune des spécialités ci-après : gynécologie, obstétrique, oto-rhino-laryngologie, stomatologie, électroradiologie, et, le cas échéant, neurochirurgie ;
— Un ou plusieurs services réservés au traitement des maladies contagieuses ;
— Un ou plusieurs laboratoires de biologie médicale permettant d'effectuer des examens de chimie biologique, bactériologie, parasitologie, sérologie, hématologie, anatomie pathologique ;
— Un ou plusieurs services de convalescents ;
— Un ou plusieurs services de chroniques ;
— Un ou plusieurs services de réadaptation fonctionnelle ;
— Des services de consultations et de soins pour malades externes dans toutes les disciplines pour lesquelles existe un service d'hospitalisation ;
— Une officine de pharmacie.

La création par la Commission Administrative d'un Service autre que ceux énumérés ci-dessus est tributaire de l'autorisation du Préfet après avis favorable de l'Inspecteur Divisionnaire. Le Préfet peut, en outre, sur proposition de l'Inspecteur Divisionnaire établie après avis

favorable de la Commission Administrative, déterminer la nature des services que doit comporter chaque établissement, en plus de ceux qu'il est tenu de posséder.

Le Centre Hospitalier Régional doit, en plus des besoins locaux, satisfaire aux besoins de l'ensemble de la région et être en mesure d'assurer le diagnostic et le traitement de toutes les maladies. En outre, installé dans une ville siège d'une Faculté, il joue un rôle de recherche et d'enseignement.

2) *Le Centre Hospitalier :*

Il est situé au chef-lieu ou dans la ville la plus importante du département. Si l'importance d'un département le justifie ,d'autres Centres Hospitaliers peuvent être créés. Par contre, un département peut ne pas comporter de Centre Hospitalier si les besoins sanitaires sont susceptibles d'être couverts par un Centre voisin.

Le Centre Hospitalier doit posséder :

— Un ou plusieurs services de médecine générale et de chirurgie générale ;
— Un service de médecine infantile ;
— Des services de chacune des spécialités ci-après : gynécologie, obstétrique, oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, électro-radiologie, et le cas échéant, stomatologie (à défaut section de soins dentaires) ;
— Un ou plusieurs laboratoires de biologie médicale permettant d'effectuer des examens de chimie biologique, bactériologie, sérologie, hématologie, et, éventuellement, anatomie pathologique. (A défaut d'une section d'anatomie pathologique le Centre Hospitalier doit passer convention avec un autre laboratoire public pour cette discipline) ;
— Un service de convalescents et un service de chroniques. (A défaut, le Centre passe une convention avec des établissements susceptibles de recevoir convalescents et chroniques) ;

— Les moyens nécessaires pour assurer la réadaptation fonctionnelle au premier stade de traitement ;
— Des services de consultations et de soins pour malades externes dans toutes les disciplines pour lesquelles existe un service d'hospitalisation ;
— Une officine de pharmacie.

Le Centre Hospitalier peut, en outre, dans les conditions prévues pour le Centre Hospitalier Régional, avoir certains services de médecine et de chirurgie spécialisées non énumérés ci-dessus. A titre exceptionnel, et s'il existe dans la localité siège de l'établissement un laboratoire public, le Centre Hospitalier peut être autorisé par le Préfet, sur proposition de l'Inspecteur Divisionnaire de la Santé, à ne pas posséder de laboratoire hospitalier et à passer convention avec ce laboratoire public.

3) *L'Hôpital :*

Situé dans la circonscription immédiatement inférieure, l'Hôpital doit comporter :

— Au moins un service de médecine générale, un service de chirurgie générale, un service de maternité, un service d'électro-radiologie, ainsi que les locaux indispensables à l'isolement et au traitement des maladies contagieuses ;
— Au moins une section de médecine infantile ;
— Un laboratoire de biologie médicale permettant d'effectuer des examens de chimie biologique, sérologie et hématologie, bactériologie (l'Hôpital doit passer convention avec un laboratoire public pour les catégories d'examens qu'il ne peut assurer) ;
— Une organisation de soins dentaires ;
— Des services de consultations et de soins pour malades externes dans les disciplines pour lesquelles existe un service d'hospitalisation ;
— Une officine de pharmacie.

Tout Hôpital doit également passer convention avec un établissement susceptible de recevoir les convalescents ou chroniques ou comporter lui-même un service de convalescents et de chroniques.

L'Hôpital peut éventuellement être autorisé — dans les conditions prévues pour le Centre Hospitalier Régional — à avoir certains services de spécialités ou de médecine spécialisée non énumérés ci-dessus. Par contre, il peut ne pas comporter de service de chirurgie si les besoins sanitaires de la circonscription ne le justifient pas.

A titre exceptionnel, peut être classé comme Hôpital, un établissement hospitalier ne répondant pas à toutes les exigences ci-dessus, à condition toutefois qu'il possède en plus d'un ou plusieurs services d'hospitalisation :

— Une installation de radio-diagnostic ;
— Un ou plusieurs services de consultations et soins pour malades externes ;
— Un laboratoire de biologie médicale.

4) *L'Hôpital rural :*

Il comporte un service de médecine, un service de maternité (ou seulement l'un de ces deux services) et une officine de pharmacie.

Le nombre de lits est fixé par le Préfet, sur proposition de l'Inspecteur Divisionnaire de la Santé.

L'Hôpital rural est à la disposition des médecins praticiens locaux.

5) *Les Hospices :*

Ils doivent comporter des locaux et installations permettant la répartition des pensionnaires compte-tenu de leur âge et de leur état.

L'infirmerie doit autoriser l'administration de soins

courants. Les Hospices peuvent être tenus d'aménager un poste de secours destiné à donner les premiers soins urgents aux blessés et éventuellement à des malades avant leur transfert dans un centre approprié.

Ainsi un tel classement assure-t-il une implantation rationnelle de tous les établissements sur toute l'étendue du territoire. Chaque Hôpital se trouve inséré dans une organisation d'ensemble, conçue en fonction des besoins de la population. Les initiatives locales sont ainsi coordonnées et les doubles emplois évités.

A titre d'exemple, est présentée, en Appendice, la région sanitaire Midi-Pyrénées.

B) Gestion de l'Hôpital public

L'Hôpital, établissement public autonome, est géré par une Commission Administrative, organe collégial dont les délibérations sont exécutées par son Président ou par le directeur de l'établissement.

1) *La Commission Administrative :*

Elle « *règle, sous l'autorité du Préfet et le contrôle technique du Directeur départemental de la Santé et du Directeur départemental de la Population et de l'Aide Sociale, les affaires de l'Hôpital* ». (Article 22 du décret du 11 décembre 1958).

Dans les Centres Hospitaliers et Hôpitaux — établissements les plus nombreux — elle comprend :

a) Quatre membres élus :

— Le maire de la commune siège de l'établissement qui est, de droit, investi des fonctions de Président de la commission.
— Deux membres élus par le conseil municipal.
— Un membre élu par le conseil général.

b) Cinq membres nommés par le Préfet :

— Un représentant de la Sécurité Sociale.
— Un représentant d'un autre organisme social (variable selon le lieu d'implantation).
— Un médecin de l'établissement : médecin, chirurgien ou spécialiste proposé sur une liste de trois noms par la Commission Médicale Consultative.
— Un médecin, chirurgien ou spécialiste présenté conjointement par le Conseil de l'Ordre des Médecins et par les Syndicats départementaux de médecins les plus représentatifs.
— Un membre choisi par le Préfet parmi les personnalités particulièrement qualifiées en matière hospitalière.

La place faite à la Sécurité Sociale peut paraître insuffisante si l'on considère l'importance de sa participation financière dans la gestion de l'établissement hospitalier.

La Sécurité Sociale a subordonné sa contribution financière à l'équipement de l'Hôpital, à l'engagement pris par celui-ci de demander au Préfet un *Administrateur à titre consultatif* dont la nomination a été rendue officielle par le décret du 11 décembre 1958. Il est choisi par le Préfet sur une liste de trois noms présentés par le Conseil d'Administration de la Caisse Primaire de Sécuchaque fois qu'il y est invité par la Commission Administrative.

L'Administrateur consultatif doit veiller à la bonne utilisation des fonds remis par la Sécurité Sociale à l'établissement ; de plus, il doit faire connaître son avis chaque fois qu'il est invité par la Commission Administrative.

Dans les Centres Hospitaliers Régionaux, la Commission Administrative comporte douze membres ; pour les Hôpitaux Ruraux et Hôpitaux, ils sont réduits à cinq en raison de l'activité plus modeste de ces établisse-

ments. De plus, les décrets du 11 décembre 1958 et du 8 juin 1959 n'ont pas prévu, pour les Hôpitaux Ruraux, d'administrateur à titre consultatif. Il semble cependant que, chaque fois que la Sécurité Sociale participe au financement d'investissemens faits par ces Hôpitaux, elle subordonnera cette contribution à la présence de l'Administrateur consultatif dont la désignation n'est pas exclue par les textes.

Pour les questions qui intéressent l'aménagement ou la répartition des services, l'hygiène, la salubrité, l'installation technique des services, et d'une façon générale toutes les questions concernant le fonctionnement médical et technique de l'Hôpital, la Commission Administrative doit demander l'avis de la Commission Médicale Consultative de l'établissement composée de médecins, chirurgiens, spécialistes et pharmaciens de l'Hôpital.

2) *La Direction :*

La gestion générale de l'Hôpital incombe à la Commission Administrative et à son Président. On ne peut exiger ni des administrateurs ni du Président une présence constante à l'établissement. En permanence, un agent doit coordonner la marche de l'Hôpital.

Selon l'importance de l'établissement, l'agent est un directeur général, un directeur ou un directeur économe.

● Les Hôpitaux comportant moins de deux cents lits sont dirigés par un directeur-économe qui est investi de la double fonction d'administrateur et d'économe ; il doit collaborer avec le Président de la Commission Administrative qui détient ses prérogatives propres : nommer le personnel et assurer les fonctions d'ordonnateur ayant trait aux opérations administratives qui visent à la réalisation des recettes et des dépenses.

● La direction des Hôpitaux de plus de deux cents lits est confiée à un directeur ou un directeur général assisté d'un économe. C'est ici le directeur qui nomme

le personnel, exerce le pouvoir hiérarchique et les fonctions d'ordonnateur.

C) Organisation interne de l'Hôpital public

Les modalités de fonctionnement de l'établissement hospitalier sont consignées dans un Règlement Intérieur élaboré par la Commission Administrative et soumis à l'approbation du Préfet, après avis du Directeur départemental de la Santé.

1) *Conditions d'hébergement des hospitalisés*

Les Hôpitaux et Hospices sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services (article L 679 du Code de la Santé Publique).

a) *L'Admission :*

L'admission des malades est accordée, hors les cas urgents, sur présentation d'un certificat médical indiquant la discipline dans laquelle devrait être admis l'intéressé. Le certificat médical, délivré en vue de l'hospitalisation, ne doit pas mentionner le diagnostic de l'affection qui motive l'admission, mais doit être accompagné d'une lettre cachetée, destinée au médecin de l'établissement, donnant tous les renseignements utiles au diagnostic et à la conduite thérapeutique.

L'admission est prononcée par le directeur ou le directeur-économe sur avis d'un médecin de l'établissement ou, à défaut et à titre provisoire, sur avis de l'interne de garde.

En cas de refus d'admettre un malade remplissant les conditions requises pour être admis — les disponibilités en lits permettant de le recevoir — l'admission peut être prononcée par le Préfet.

Les malades militaires ou marins sont reçus, hors

les cas d'urgence, sur la demande de l'autorité militaire compétente.

b) *Les régimes d'hospitalisation :*

Le décret n° 61 368 du 7 avril 1961 ramène à deux le nombre des régimes d'hospitalisation :

— *Régime commun :* salle commune ou chambre à plusieurs lits. Ce régime doit comporter des chambres destinées à l'isolement des malades pour raisons médicales.

— *Régime particulier :* pour les malades non bénéficiaires de l'Aide Médicale qui demandent à être admis, pour convenance personnelle, dans une chambre particulière ou à deux lits.

L'article 21 du décret du 29 décembre 1959 prévoit que les prix de journée et les tarifs des honoraires sont portés à la connaissance des malades dès leur entrée dans l'établissement.

Dans le cas où les frais de séjour ne peuvent être pris en charge par un organisme payeur, les intéressés ou un tiers responsable s'engagent à acquitter les frais de toute nature afférents au régime choisi. Sauf dans les cas d'urgence, ils doivent verser au moment de l'entrée une provision renouvelable égale à dix jours d'hospitalisation. En cas de sortie avant l'expiration des dix jours, la provision dépassant le nombre de jours de présence est restituée. Les honoraires médicaux, chirurgicaux et de spécialités sont réglés au moment de la sortie du malade.

c) *La sortie :*

Aucun malade ne peut être maintenu à l'Hôpital après constatation médicale de sa guérison. Lorsque son état n'exige plus de soins constants, il peut être transféré dans un service de chroniques ; s'il apparaît incurable, il doit être placé dans un quartier d'Hospice.

La sortie du malade est ordonnée par le Directeur dès que l'autorisation médicale a été donnée. Les malades peuvent sortir à tout moment, mais lors de sortie prématurée, ils doivent remplir une attestation dégageant la responsabilité de l'Hôpital en cas de complications.

Le dossier médical du malade est conservé à l'Hôpital sous la responsabilité du Chef de Service.

Pour les Assurés Sociaux et les Accidentés du travail, les clichés radiographiques doivent être conservés par l'Hôpital pendant une durée d'au moins cinq ans. Des copies peuvent être fournies au malade. Les originaux peuvent être communiqués aux médecins traitants ou remis à titre définitif à un autre établissement hospitalier public.

2) *Régime intérieur des établissements hospitaliers*

a) *Régime alimentaire :*

Le régime alimentaire est fixé par délibération de la Commission Administrative après avis de la Commission Médicale Consultative de l'établissement.

b) *Travail des hospitalisés :*

Organisé par la Commission Administrative et seulement dans les Hospices ou quartier d'Hospices, le travail doit être approprié à l'état physique de l'intéressé. Le médecin doit au préalable être consulté.

c) *Décès :*

Ils sont immédiatement notifiés aux familles ; l'avis d'aggravation doit être envoyé le plus tôt possible pour permettre aux proches parents de se rendre au chevet du mourant. Les Administrations Hospitalières doivent prendre toutes dispositions pour assurer les inhumations : les corps sont remis aux parents lorsqu'ils le demandent.

En ce qui concerne les opérations d'autopsie, le décret du 31 décembre 1941 stipulait :

— On ne peut, sauf autorisation du Maire, ou à Paris, du Préfet de police, procéder au moulage ou à l'autopsie d'un cadavre avant l'expiration d'un délai de 24 heures « depuis la déclaration du décès ».

— L'autorisation dérogatoire ne peut être donnée que si la demande est accompagnée d'un certificat médical légalisé « constatant que des signes de décomposition rendent l'opération nécessaire avant les délais prescrits ».

Bien qu'un article de ce décret ait précisé que ces dispositions n'étaient pas applicables aux opérations pratiquées dans les Hôpitaux, la plupart des établissements hospitaliers s'étaient considérés comme liés par celles-ci.

Par ailleurs, un article du R.A.P. du 17 octobre 1943 stipulait que l'autopsie ne peut être pratiquée dans un but scientifique s'il y a opposition des familles.

Le décret du 20 octobre 1947 est venu compléter le R.A.P. en spécifiant que dans les établissements hospitaliers figurant sur une liste établie par le Ministre de la Santé Publique et de la Population, si le Médecin Chef de service juge qu'un intérêt scientifique ou de thérapeutique le commande, l'autopsie et les prélèvements peuvent, même en l'absence d'autorisation de la famille être pratiqués sans délai, c'est-à-dire avant l'expiration du délai de 24 heures.

*
* *

Si les progrès techniques se sont accumulés, qui ont fait de l'Hôpital public un centre scientifique de premier plan, l'évolution des idées sociales, moins fulgurante, arrive tout de même à temps pour éviter que l'Hôpital ne devienne une usine à soins. Les transformations considérables de la clientèle hospitalière — à l'avènement de la Sécurité Sociale — ont bouleversé et bouleversent encore les conditions administratives et sociales du séjour à l'Hôpital.

L'Assuré Social à l'Hôpital

Le malade de la deuxième moitié du XX^{e} siècle se trouve placé au confluent du progrès technique et du progrès social.

Ayant à sa disposition les dernières acquisitions de la science médicale, il peut bénéficier de la mise en place d'un système complexe mais efficace de protection sociale.

Suivre le cheminement de l'Assuré Social en milieu hospitalier, c'est, pour le Corps Médical, essayer de pénétrer les difficultés qu'il peut rencontrer, les problèmes qu'il se pose et par là — en s'efforçant de les résoudre — c'est parfaire l'approche de son malade.

I. — LA DEMARCHE DE L'ASSURE SOCIAL HOSPITALISE

Pour être à même de bénéficier du système de protection sociale connu depuis 1945 sous le nom de Sécurité Sociale, le malade qui va être hospitalisé est placé devant un certain nombre de questions souvent complexes concernant :

— L'ouverture des droits aux prestations.
— Le choix de l'établissement hospitalier.
— La prise en charge.
— La prolongation de séjour.
— Les bases de remboursement.

L'ensemble de ces formalités administratives constitue la matière des onze articles de la Convention Type régissant les rapports entre la Sécurité Sociale et les établissements hospitaliers. (Arrêté Ministériel du 27 novembre 1961).

A) Avant l'entrée a l'Hôpital

Dès que l'Assuré Social envisage l'éventualité d'une hospitalisation, deux problèmes doivent particulièrement retenir son attention :

— L'ouverture des droits aux prestations ;
— Le choix de l'établissement hospitalier.

1° *Ouverture des droits*

La Circulaire 53 SS du 25 juillet 1955 prévoit que les droits doivent être considérés ouverts une fois pour tou-

tes pour la durée de la période pour laquelle la prise en charge a été accordée.

a) Prestations en nature et en espèce pendant les six premiers mois d'attribution.

1) *Conditions générales :*

Les conditions générales d'ouverture sont fixées par l'article L 249 du Code de la Sécurité Sociale. Il faut que l'Assuré justifie avoir occupé un emploi salarié ou assimilé pendant au moins soixante heures au cours des trois mois précédant la date à laquelle doivent être appréciées les conditions d'ouverture des droits. L'appréciation des droits peut être faite avant l'hospitalisation, si l'Assuré est déjà malade, ou au moment de son entrée, s'il s'agit d'un cas d'urgence.

2) *Cas particuliers:*

— Dans le cas d'un Assuré en congé maladie ou maternité, est assimilée à six heures de travail salarié toute journée indemnisée au titre de la maladie ou de la maternité.

— Au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, est assimilée à 6 heures de travail salarié toute journée indemnisée au titre de l'incapacité temporaire. En outre, les bénéficiaires d'une rente supérieure à 66,2/3 % ont droit aux prestations en nature en application de l'article L 251 du Code. Les bénéficiaires d'une rente inférieure à 66,2/3 % ont droit pendant un stage de rééducation professionnelle aux prestations en nature de l'assurance maladie. (Article 96 du décret du 29 décembre 1945).

— Chômage : au terme de l'article L 249 du Code, l'Assuré qui ne justifie pas de soixante heures de travail salarié au cours des trois mois précédant la date à laquelle doit être apprécié le droit aux prestations peut

en bénéficier s'il est trouvé en état de chômage involontaire, *constaté* pendant une durée équivalente.

Donc l'Assuré qui justifie de dix journées de chômage involontaire constaté au cours de la période de référence, a droit et ouvre droits à l'ensemble des prestations. Il doit se faire inscrire au Service départemental de la main-d'œuvre du lieu de sa résidence. S'il n'existe pas de bureau de chômage dans la commune, l'Assuré doit être inscrit sur le Registre des demandes d'emplois que chaque mairie est tenue d'ouvrir. (Lettres ministérielles du 26 avril 1946).

— Des dispositions particulières sont prévues pour les chômeurs participant à des travaux de secours, pour les ouvriers du bâtiment percevant des indemnités d'intempéries, pour les assurés bénéficiant de l'allocation spéciale du fonds national d'emploi.

— Pour les Assurés des professions à caractère saisonnier ou discontinu, dont la liste est fixée par Arrêté Ministériel, s'ils ne peuvent bénéficier des droits prévus dans les conditions générales, il faut qu'ils aient occupé un emploi salarié pendant 240 heures au cours des douze mois précédents.

Il est impossible d'énumérer ici tous les cas particuliers tels que les travailleurs à domicile, les voyageurs de commerce, les artistes payés au cachet, etc...

b) Indemnités journalières au-delà de six mois.

Un décret paru au Journal Officiel du 9 juillet 1964 apporte quelques modifications aux conditions d'ouverture de ces droits.

1) La condition de 480 heures d'activité salariée ou assimilée, exigée au cours de l'année d'immatriculation subsiste.

2) Par contre, la période de trois mois au cours de laquelle l'Assuré doit justifier de 120 heures de travail est

maintenant différente pour chacune des causes de l'arrêt de travail.

— *Accident :* La période de référence n'est pas modifiée ; c'est celle précédant immédiatement la date de l'arrêt du travail.

Il en est de même en cas d'accident suivi d'invalidité :

— *Maladie et maladie suivie d'invalidité :* Il s'agit maintenant de la période de trois mois la plus éloignée de l'arrêt de travail ou de la date présumée de l'accouchement.

— *Assurance maternité :* Il s'agit ici de la période de trois mois précédant la période de 9 mois antérieure à la date présumée de l'accouchement.

2° *Choix de l'établissement hospitalier.*

Dans le cadre d'un établissement hospitalier, le libre choix du médecin n'existe pratiquement pas, mais le malade doit pouvoir choisir son Hôpital. Plusieurs étapes ont été nécessaires pour aboutir à cette notion qui paraît à nouveau battue en brèche.

1re étape, le malade est seulement pris en charge par l'Hôpital le plus proche de son domicile.

2e étape : pour des thérapeutiques dépassant la compétence des Hôpitaux périphériques, le malade peut être pris en charge par les Hôpitaux centraux.

3e étape : notion du libre choix de l'établissement hospitalier.

Le décret du 21 août 1964 accuse un retour à une législation plus stricte.

« *Lorsqu'un Assuré Social choisit, pour des raisons de convenances personnelles, un établissement de soins dont le tarif de responsabilité est supérieur à celui de l'établissement public ou privé, selon le cas, le plus*

proche de sa résidence et dans lequel il est susceptible de recevoir les soins appropriés à son état, la Caisse Primaire de Sécurité Sociale à laquelle il est affilié ne participe aux frais de séjour exposés par l'Assuré que dans la limite du tarif de responsabilité fixé pour ce dernier établissement. Lors de la prise en charge, la Caisse Primaire avise l'Assuré des conditions particulières dans lesquelles les frais de séjour exposés seront remboursés. »

B) A L'ENTRÉE

L'Assuré Social doit, à moins d'impossibilité matérielle absolue, faire connaître sa qualité d'Assuré à l'administration hospitalière dès son admission à l'Hôpital.

Les membres de la famille de l'Assuré, non assurés eux-mêmes ,doivent justifier du lien de parenté qui leur ouvre droit aux prestations.

1) *Le Billet d'Entrée.*

Signé du médecin du Service hospitalier, du médecin de la consultation ou de l'interne de garde, il pose l'indication de l'hospitalisation dans un service déterminé.

Ce billet est remis par le malade ou par un tiers responsable au Bureau des Entrées où il est complété de l'approbation du chef du Bureau des Entrées.

2) *Avis d'admission. Prise en charge.*

Dès l'admission du malade, l'avis d'admission avec demande de prise en charge est adressé par l'Hôpital à la Caisse Primaire avec tous les renseignements concernant l'Assuré Social hospitalisé.

L'imprimé SP4 comporte deux volets : l'un gardé par la Sécurité Sociale, l'autre renvoyé au Bureau des Entrées avec la mention :

— Prise en charge refusée,

— Ou prise en charge accordée pour une période limitée à .... jours au tarif de l'établissement,
ou sur la base d'un tarif de référence.

Lorsqu'il s'agit de malades susceptibles de bénéficier de l'Aide Sociale, un volet de l'imprimé SP5 utilisé est gardé par la Sécurité Sociale, l'autre est adressé au Bureau d'Aide Sociale de la Préfecture.

3) *Régime d'hospitalisation.*

Les Assurés Sociaux, les victimes d'accident du travail ainsi que les malades atteints de maladies professionnelles, sont placés d'office en régime commun sur simple production des pièces établissant leur qualité.

Ils peuvent toutefois, s'ils en expriment le désir, être soignés en régime particulier. Dans ce cas, la différence entre le tarif du régime commun et celui du régime particulier est versée par les intéressés à l'Hôpital. Toutefois, l'article 7 du décret n° 61 368 du 7 avril 1961 stipule que des conventions entre les Commissions Administratives et les organismes de Sécurité Sociale peuvent prévoir la prise en charge des frais de séjour et des honoraires dans cette éventualité.

C) Le séjour hospitalier

Chaque fois que le malade hospitalisé ou ses représentants en font la demande, l'Hôpital délivre un bulletin de situation (modèle SP 9). Ce document peut répondre à des besoins multiples : paiement des prestations en espèces, justification du séjour auprès des employeurs, auprès des administrations, auprès des autorités civiles ou militaires, etc...

Deux questions se posent au sujet de l'Assuré Social hospitalisé. Elles concernent :

— d'une part la prolongation de séjour,
— d'autre part les bases de remboursement.

1) *La prolongation de séjour*

(article 18 *bis* du Règlement intérieur des Caisses)

a) *Dispositions générales.*

Lorsque l'hospitalisation du malade paraît devoir se prolonger au delà de vingt jours, l'établissement avise obligatoirement la Caisse Primaire intéressée dès l'nstant où le dépassement peut être prévu et, au plus tard, douze jours après l'admission du malade afin que ladite Caisse puisse exercer son contrôle.

La demande de prolongation est établie par le Bureau des Entrées sur l'imprimé modèle SP 10.

Cet imprimé comporte deux volets :

— Le volet n° 1 : avec la demande remplie par l'établissement et le certificat médical établi par le médecin de l'établissement avec avis du Médecin Conseil.

— Le volet n° 2 : comportant l'avis « favorable » ou « défavorable » du Médecin Conseil où sera consignée la décision de la Sécurité Sociale.

Seul ce deuxième volet parvient à la Sécurité Sociale, cette modalité permettant le respect du secret professionnel.

La Caisse Primaire doit répondre dans les huit jours de la demande, le défaut de réponse valant acceptation de sa part.

Des prolongations ne peuvent être demandées et accordées, en principe, que pour une nouvelle période de vingt jours maximum, après avis du Contrôle Médical. Toutefois, elles peuvent correspondre à une période plus longue lorsqu'il existe une convention comportant un barême d'hébergement conclu entre l'établissement

de soins considéré et la Caisse Régionale, sans que la durée totale de la prise en charge puisse dépasser le délai normal prévu au dit barême pour l'intervention ou l'affection considérée.

On voudra bien noter que la Caisse est fondée à délivrer des prises en charge inférieures à vingt jours, et l'Hôpital est dès lors tenu de délivrer un certificat médical de prolongation, même si le séjour ne doit pas dépasser vingt jours.

b) *Malades exclus de ces dispositions.*

Sont exclus de ces dispositions (règle de douze jours).

— Les malades atteints d'une affection dite de longue durée.

— Les centres anti-cancéreux.

— Les malades hospitalisés dans les services de phtisiologie, neurologie, psychiatrie des Hôpitaux publics.

— Les accidentés du travail.

— Les pensionnés vieillesse à l'exception des enfants ayants-droit du pensionné, du pensionné lui-même lorsque la pension a été substituée à l'âge de soixante ans à une pension d'invalidité.

c) *En conclusion, trois situations :*

1) Cas des malades pour lesquels une demande de prolongation doit se faire avant le douzième jour.

2) Cas des malades dispensés de la règle des douze jours.

3) Cas des malades hospitalisés dont la prise en charge a été délivrée au titre d'une pension ou rente vieillesse. C'est au trentième jour que se décide le devenir de ces malades.

2) *Les bases de remboursement.*

a) *Tarifs hospitaliers.*

Le remboursement est actuellement calculé en fonction de deux éléments principaux : d'une part, le prix de journée qui peut être défini comme le prix de vente du « Service Hospitalier » proprement dit et d'autre part, les honoraires médicaux.

— Le prix de journée.

Compte tenu de l'évolution des techniques et des thérapeutiques, de l'afflux des malades de diverses catégories, de l'importance du concours financier d'organismes divers, il était nécessaire de déterminer aussi exactement que possible les prix des différentes prestations hospitalières. Il est apparu notamment indispensable pour assurer l'équilibre des dépenses et des recettes, de dégager la notion de prix de journée par services individualisés, notion qui est précisée pour la première fois dans le décret du 17 avril 1943.

Le prix de journée assure 97 % des charges financières de l'Hôpital. Il convient de noter que dans le prix de journée rentrent les dépenses telles que l'enseignement médical, la recherche scientifique et l'équipement hospitalier.

Conformément aux dispositions de l'article 20 du décret du 29 décembre 1959, en dehors des honoraires médicaux, chirurgicaux et des spécialités, qui sont décomptés à part, aucun versement ne peut être exigé du malade.

Il s'ensuit que ne peuvent être remboursés en sus du prix de journée :

— La fourniture du sang au malade.

— Les frais de location d'appareils de radiographie dans le cas où l'Hôpital ne possédant pas ces appareils, le radiologue utilise ceux qui sont sa propriété personnelle.

— Les honoraires versés par l'Hôpital à un spécialiste n'appartenant pas au Corps Médical hospitalier.

— Les médicaments.

— Les frais de transport d'un malade dans un autre établissement en vue d'un diagnostic.

— Les frais de salle d'opération, les frais de pansement, les actes de pratique médicale courante et de petite chirurgie.

— La surveillance par sage-femme des enfants prématurés.

A titre indicatif, sont mentionnés, en Appendice, les prix de journée applicables à compter du 1er janvier 1964 dans les divers services du Centre Hospitalier Régional de Toulouse.

— Les honoraires médicaux.

Le médecin hospitalier est « honoré » à deux titres : il perçoit d'une part une indemnité forfaitaire annuelle assez faible et sans rapport réel avec les services effectifs qu'il rend ; par ailleurs, pour les soins donnés aux malades non indigents, il peut toucher de véritables honoraires.

Aux termes de l'article 4 du décret du 21 décembre 1960, les honoraires correspondant aux examens et soins des malades hospitalisés sont établis ainsi qu'il suit :

— Service de médecine : honoraires forfaitaires journaliers.

— Service de chirurgie et de spécialités : honoraires à l'acte établis d'après les Nomenclatures des Actes professionnels, des actes d'électro-radiologie, des actes d'électro-thérapie et des analyses médicales.

Dans le cas où le malade hospitalisé dans un service de chirurgie ou de spécialité n'a subi aucune intervention, l'honoraire forfaitaire journalier de médecine est appliqué. Il en est de même pour la période pré-opératoire et lorsque l'hospitalisation du malade s'est pro-

longée au-delà de la période de surveillance couverte par l'honoraire à l'acte dans les conditions prévues à la Nomenclature des Actes professionnels.

— Service de convalescents et de malades chroniques : honoraire forfaitaire journalier, égal à 50 % de l'honoraire forfaitaire journalier de médecine.

b) *Modalités de remboursement.*

Les Caisses remboursent 80 % du tarif applicable aux malades du régime commun. La couverture de l'ensemble des frais ouvrirait la porte à des abus. Les 20 % constituent une contribution minime mais effective de l'Assuré Social au fonctionnement hospitalier : c'est le ticket modérateur.

L'Assuré Social peut être exonéré du ticket modérateur s'il entre dans une des catégories suivantes établies selon la durée d'hospitalisation ou les caractères de l'affection.

— *Suivant la durée de l'hospitalisation :* l'exonération du ticket modérateur prend effet à compter du trente et unième jour de l'hospitalisation.

— *Suivant les caractères de l'affection :* invalidité, accident du travail, pension de guerre, acte ou série d'actes affecté d'un coefficient global égal ou supérieur à 50, affection dite « de longue durée ».

En fait, la mise en application de législations multiples et récentes amène à préciser chronologiquement les diverses conceptions qui se sont succédées concernant l'exonération du ticket modérateur en cas d'affection de longue durée et de traitement ou thérapeutiques particulièrement onéreux.

1) *Les quatre maladies* (décret du 13 avril 1955).

— L'article L 286 du Code de la Sécurité Sociale stipule que la participation de l'Assuré aux tarifs servant

de base au remboursement par les Caisses est réduite ou supprimée notamment dans les cas suivants :

— Lorsque les frais engagés par l'Assuré le sont à l'occasion de tout acte ou série d'actes affecté à la Nomenclature générale des Actes professionnels d'un coefficient égal ou supérieur à 50.

— Lorsque le bénéficiaire a été reconnu, après avis du Contrôle Médical, atteint d'une affection de longue durée nécessitant un traitement régulier et notamment l'hospitalisation, ou lorsque son état nécessite le recours à des traitements ou thérapeutiques particulièrement onéreux.

Le décret du 13 avril 1955 définit comme Affections de Longue Durée :

La tuberculose,
Les maladies mentales,
Le cancer,
La poliomyélite.

Ce texte a été annulé par le Conseil d'Etat par arrêt du 10 mars 1961 pour incompétence du gouvernement en ce domaine.

2) *Les nouvelles dispositions* (circulaires ministérielles du 23 juin 1964 et 3 août 1964) :

• Affection longue durée :

L'exonération de la participation aux frais par l'Assuré ou ses ayants-droit ne peut intervenir que si l'affection donne lieu à une hospitalisation. Dès l'instant où le Contrôle Médical a reconnu que l'affection dont est atteint l'Assuré ou l'un de ses ayants-droit est une Affection de Longue Durée et dans la mesure où cette Affection entraîne, outre un traitement régulier, l'hospitalisation il convient d'accorder la dispense de la participation aux frais dès le premier jour de l'hospitalisation.

• Traitements particulièrement onéreux :

— Frais entraînés par tout acte ou série d'actes affecté à la Nomenclature des Actes professionnels d'un coefficient égal ou supérieur à 50.

— Frais entraînés par un traitement roentgenthérapique, curiethérapique, ou par isotopes radio-actifs, à la condition que le nombre des séances d'un coefficient total au moins égal à 50 ait fait l'objet d'un accord préalable entre le Médecin électro-radiologiste et le Médecin Conseil de la Caisse.

— Traitements nécessitant une hospitalisation d'une durée supérieure à trente jours, à compter du trente et unième jour d'hospitalisation.

— Traitements entraînant la cessation du travail pendant une période continue de trois mois, à compter du premier jour du quatrième mois d'interruption de travail.

— Actes professionnels suivants même en dehors de l'hospitalisation :

- — de pneumophtisiologie (pneumothorax artificiel, pneumomédiastin, pneumopéritoine, pleuroscopie, ponction évacuatrice de la plèvre) ;
- — de neuro-psychiatrie (électro-choc, narco-analyse) ;
- — de neurologie (traitements des conséquences motrices des affections neurologiques).

En fait, ce sont les échanges entre Médecin Conseil et Médecin Traitant qui doivent décider de l'opportunité de la mise en longue maladie.

Nous ne pouvons mieux signifier le caractère mouvant de la législation au jour de notre thèse, qu'en rappelant les conclusions de ces circulaires ministérielles relatives à l'application de l'Article 286 du Code de la Sécurité Sociale.

« Conformément aux indications déjà données à certains Directeurs Régionaux, à la suite d'interventions qu'ils avaient faites, les instructions de la circulaire 65 SS n'entendent pas régler définitivement le problème de la prise en charge des traitements relatifs aux affections de longue durée, mais seulement fixer, compte tenu d'une situation juridique donnée, une ligne de conduite homogène, dans l'attente des décisions qu'il appartiendra au Gouvernement d'adopter ou de soumettre au Parlement au vu de l'avis du Haut Comité Médical, lorsque celui-ci aura terminé l'étude qui lui est confiée à ce sujet. En outre, le retour au texte législatif initial comportant de la part des Médecins et des malades, certains risques de malentendus, il est souhaitable que Messieurs les Directeurs Régionaux fassent preuve, le cas échéant, d'un esprit de compréhension à l'égard des décisions des Caisses concernant la prise en charge des traitements relatifs aux quatre maladies auxquelles était antérieurement limité le bénéfice de l'exonération du ticket modérateur. »

En fait, dans la région de Toulouse, pour permettre le fonctionnement harmonieux des prises en charge pour les hospitalisations, les Affections de Longue Durée ont été classées en deux catégories :

— *Affections de longue durée Type A :*

Il s'agit des quatre anciennes affections : cancer, tuberculose, maladies mentales, poliomyélite, auxquelles il est rajouté le traitement du diabète par insulinothérapie ou par sulfamidothérapie. Pour ces malades, qu'ils soient assurés ou ayants-droit, qu'il y ait ou non arrêt de travail, le remboursement sera effectué à 100 % dès la date indiquée par le Contrôle Médical et jusqu'à suppression.

— *Affections de longue durée Type B :*

Cette catégorie groupe toutes les affections nécessi-

tant des soins continus et dont la durée doit être prolongée en particulier au-delà de six mois.

Il est bien évident que chaque cas doit faire l'objet d'un examen particulier et d'une entente entre le Médecin Traitant de l'Hôpital et le Médecin Conseil de la Caisse, qui matérialisent leur accord par un protocole d'accord précisant le diagnostic, le traitement, la durée prévue. Ces protocoles d'accord, signés par les deux praticiens, sont envoyés au siège du Contrôle Médical de la Caisse qui les conserve, note leur échéance et transmet une information aux services administratifs, précisant que tel malade, tel conjoint ou tel enfant doit bénéficier du régime de l'Affection de Longue Durée à dater du .....

Le remboursement est assuré à 80 % sauf cas suivants :

- hospitalisation afférente à l'Affection longue Durée Type B, le remboursement à 100 % persiste après l'hospitalisation ;
- traitements onéreux précédemment définis.

Il appartient aux services Administratifs de la Caisse de signaler ces malades, à l'échéance du délai de longue maladie accordé, au Contrôle Médical, pour demander un nouvel examen de ces malades et prendre les dispositions nécessaires à leur égard, soit arrêt des prestations longue maladie en cas de guérison, soit maintien de ces prestations pour une même période fixée suivant les mêmes modalités, soit, pour les Assurés eux-mêmes, passage en invalidité si l'affection est stabilisée mais entraîne une incapacité prolongée de travail par ses conséquences.

Il s'avère que ces dispositions légales, bien qu'un peu lourdes au point de vue administratif, sont cependant suffisamment souples pour s'adapter à chaque cas considéré individuellement.

Il faut d'ailleurs souligner à ce sujet, le souci du législateur qui a fixé le cadre général des dispositions

réglementaires, de faire prendre dans chaque cas une décision particulière, correspondant au problème médical, social et humain qui est posé par le malade.

On peut encore préciser que l'évolution que nous laissaient prévoir ces dispositions n'est pas encore terminée ; certains jugements ont tendance à rétablir les dispositions du décret du 13 avril 1955 en précisant dans leurs attendus que le ministre ne peut préciser par décret que l'hospitalisation est indispensable pour obtenir un remboursement à 100 %.

Nous ne pouvons que souhaiter que le Haut Comité Médical, qui est saisi de cette affaire, dépose ses conclusions afin que le Parlement puisse, en pleine connaissance de cause, légiférer.

***

Les problèmes ne sont pas épuisés à la sortie du malade, si l'on veut bien penser à ceux — hors de notre propos — soulevés par le départ en établissement secondaire, le placement en maison de repos, la réintégration sociale de l'ancien malade.

La seule considération de la démarche de l'Assuré Social hospitalisé, de l'ouverture des droits à la mise en longue Durée, nous a permis de mesurer la complexité d'une législation en perpétuelle adaptation, essayant de répondre toujours mieux aux aspirations de l'Assuré Social dans le respect des droits de la collectivité.

L'application au quotidien d'un système aussi complexe et mouvant ne peut que soulever des questions, susciter notre réflexion...

II. — REFLEXIONS PRATIQUES

Ce serait dépasser les limites de ce travail que de vouloir faire place à toutes les questions qui se posent quotidiennement à l'Assuré Social hospitalisé.

Du moins allons-nous essayer de répondre aux problèmes les plus fréquemment soulevés par le passage de l'Assuré Social à l'Hôpital.

Pour cela, nous nous sommes adressés à trois pôles de l'organisation hospitalière :

Le Bureau des Entrées.
Le Médecin Conseil de l'Hôpital.
L'Assistante Sociale hospitalière.

Chaque fois, au hasard des questions, les prérogatives de chacun nous ont paru méconnues.

Chaque fois, nous avons pu recueillir des suggestions pour un meilleur fonctionnement.

Chaque fois, le manque d'information du public et souvent du personnel soignant nous a semblé être à la base de bien des difficultés pratiques rencontrées par l'Assuré Social.

A) Le Bureau des Entrées

Le Bureau des Entrées n'est pas ce que l'on s'imagine trop souvent, à savoir une conciergerie ou un simple service d'enregistrement.

Le rôle du Bureau des Entrées peut se résumer en deux fonctions essentielles :

— Service d'admission.
— Service de contentieux et de pré-recouvrement.

a) *Service d'Admission :*

C'est la partie secrétariat du Bureau des Entrées : tenue des registres des malades (matricules, répertoires alphabétiques), tenue des registres décès.

Par les renseignements variés qu'il recueille (état civil, profession, domicile...) il est susceptible de permettre une étude sociologique et démographique intéressante de la clientèle hospitalière. Un équipement électronique va faciliter l'exploitation de ces statistiques socio-économiques.

b) *Service de Contentieux et de pré-recouvrement :*

C'est au Bureau des Entrées que revient la lourde charge de rechercher les débiteurs qui, éventuellement, se substituent au malade pour payer les frais de séjour à l'Hôpital et par la suite d'établir les états de frais qui seront transmis à la Recette-Perception pour le recouvrement.

2) *Problèmes pratiques :*

a) En dehors des heures d'ouverture du Bureau des Entrées, comment se fait l'admission d'un malade à l'Hôpital ?

C'est au concierge que revient la tâche d'admettre le malade. Le premier bulletin qu'il remplit indique au service Hospitalier concerné que le malade a bien signalé son passage.

Une fois le billet d'entrée signé par le médecin de l'Hôpital ou l'interne de garde, le concierge rédige un bulletin de renseignements, complétant l'admission d'urgence et destiné au Bureau des Entrées. Celui-ci pourra

ainsi ultérieurement localiser facilement le malade et établir la fiche d'admission avec la demande de prise en charge que nous connaissons.

b) Quelle somme d'argent est, éventuellement, réclamée au malade pour son hospitalisation ?

La provision à verser au Bureau des Entrées équivaut au paiement de dix jours d'hospitalisation. Le prix de journée d'hôpital étant variable, la base de 80 F par jour est actuellement retenue pour le calcul de l'avance à effectuer.

Sur cette base, la somme à verser effectivement à l'entrée, variera suivant les conditions de la prise en charge par un organisme d'Assurance Maladie :

- S'il s'agit d'un malade non assuré social, la provision à verser à l'entrée est donc de 800 F.
- S'il s'agit d'un Assuré Social de la Haute-Garonne ou d'un département voisin avec prise en charge pour Toulouse, la provision est calculée sur le tarif de participation de l'année, soit 20 % du tarif de référence (160 F).
- S'il s'agit d'un Assuré Social d'un département voisin sans prise en charge pour Toulouse, le calcul de la provision se fait toujours en prenant pour base le tarif de responsabilité de Toulouse. La même provision est demandée à tous les Assurés Sociaux, quel que soit le département d'origine.
- S'il s'agit d'un malade se trouvant dans l'impossibilité de payer, il n'a pas à verser de provision mais doit faire appel, si ce n'est déjà fait, à l'Aide Médicale.

  — En cas de retard dans la décision de l'attribution de cette Aide, le Bureau des Entrées demande à nouveau une provision. Il peut également solliciter l'Aide Médicale à la place du malade.

  — Le refus d'Aide Médicale équivaut à une attestation

de solvabilité qui permet aux services hospitaliers d'engager des poursuites judiciaires pouvant aller jusqu'à la saisie.

Il convient de noter que la demande d'Aide Médicale doit être effectuée dans un délai de dix jours. Cette disposition a pour but de préserver les intérêts de l'Hôpital, l'Aide Médicale n'ayant pas d'effet rétroactif.

- S'il s'agit d'un malade dont l'impossibilité de payer est douteuse, c'est au chef du Bureau des Entrées que revient la responsabilité de trancher. Le Bureau des Entrées se substitue au malade pour effectuer la demande d'Aide Médicale afin d'éviter que la Préfecture lui oppose délai de forclusion. (Liasse SP 6).

La provision constitue un engagement de consentement du malade à payer les frais d'hospitalisation.

Dans les cas où il est possible de prévoir un séjour très bref, il n'est pas demandé de provision au malade.

Si le malade sort avant l'expiration des dix jours, la portion de la provision dépassant le nombre de jours de présence, est restituée.

Si le malade reste hospitalisé après le dixième jour, une provision équivalente doit à nouveau être versée pour chaque tranche de dix jours.

Une fiche établie par le Bureau des Entrées comptabilise pour la Recette-Perception les « Avances sur les frais d'hospitalisation. »

Au terme de l'hospitalisation, ou bien l'avance est appliquée sur les frais de séjour, ou bien remboursée à l'intéressé qui a été pris en charge en totalité :

— Par la Sécurité Sociale seule lorsqu'il rentre dans l'une des catégories que nous avons envisagées plus haut : longue maladie, traitements onéreux.
— Par la Sécurité Sociale avec l'appoint de l'Aide Médicale.

Un grand nombre d'Assurés Sociaux, pour lesquels la Sécurité Sociale ne prend en charge que 80 % des frais d'hospitalisation, n'ont pas à verser les 20 % restant ni à faire appel à l'Aide Médicale, en raison de leur affiliation à une Mutuelle complémentaire. Dans ce cas, il leur suffit de faire état de cette appartenance pour ne pas avoir à verser la provision.

Toutefois, si dans un délai assez bref, ils ne produisent pas un accord de prise en charge de ces organismes ils entrent dans le cadre du droit commun et une provision leur est demandée.

3) *Suggestions :*

Les démarches effectuées auprès du Bureau des Entrées nous ont permis de nous rendre compte de la complexité de ce service.

Deux exemples objectivent les causes de complications.

Nombreux sont les organismes de protection sociale qui n'honorent pas leur accord de prise en charge lorsque le règlement des frais leur est demandé et ce malgré les engagements formulés antérieurement.

Beaucoup trop de dossiers restent en souffrance parce que des médecins n'ont pas clairement exprimé au Contrôle Médical les motivations de la prise en charge réclamée.

De semblables difficultés ne peuvent, en définitive, que porter préjudice à l'Assuré Social ainsi qu'aux collectivités débitrices qui voient le prix de journée de l'exercice suivant majoré, en raison de l'admission des créances en non valeur.

B) Le Médecin Conseil de la Sécurité Sociale

Il est institué auprès de chaque Caisse Régionale de Sécurité Sociale, un Contrôle Médical Régional, diri-

gé par un Médecin Conseil Régional et un Médecin Conseil Régional Adjoint qui coiffent les différents Contrôles Médicaux siégeant auprès des Caisses Primaires de la Région.

Chaque Contrôle Départemental groupe l'ensemble des Médecins Conseils affectés au Contrôle Médical sous l'autorité d'un Médecin-Chef.

I) *Attributions*

Ainsi constitué, le Contrôle Médical de la Sécurité Sociale a pour but essentiel d'éclairer les Caisses de Sécurité Sociale sur tous les problèmes médico-administratifs qui se posent à elles.

En effet ces organismes qui ont la charge de régler les prestations en nature et en espèce aux Assurés Sociaux, chaque fois que ces derniers font appel à la Sécurité Sociale, doivent obligatoirement subordonner leur décision de prise en charge ou de refus à l'avis formulé par le Contrôle Médical.

Après avoir analysé les attributions du Contrôle Médical en général, nous envisagerons le cas particulier du Contrôle Médical en milieu hospitalier.

a) *Le Contrôle Médical en général :*

L'avis du Contrôle Médical est sollicité dans des conditions extrêmement diverses.

● *En cas de maladie*, tout arrêt de travail ou toute prolongation d'arrêt de travail va faire l'objet de la part des Caisses d'une demande de Contrôle à laquelle le Contrôle Médical doit répondre dans les plus brefs délais. La carte-lettre d'arrêt de travail est transmise au Contrôle Médical qui prend connaissance des renseignements confidentiels éventuellement communiqués par le Médecin Traitant. Il peut soit accorder sur pièces le repos sollicité, soit, s'il le juge utile, convoquer l'intéressé

avant de faire connaître sa décision. Le Médecin Conseil va pouvoir ainsi suivre l'évolution d'une maladie chez un Assuré et, le cas échéant, répondre à une demande de mise en Maladie de Longue Durée ; il va pouvoir fixer les modalités d'arrêt de travail et de traitement en pratiquant conjointement avec le Médecin Traitant un examen du malade. A la suite de cet examen est rédigé un protocole d'accord qui matérialise les décisions prises. Il permet de donner à la Caisse les instructions en vue du règlement, pour une certaine période, des prestations qui ont été définies. A la fin de cette période, la Caisse Primaire déclenche un nouveau contrôle auprès du Médecin Conseil. Celui-ci revoit le malade, se met à nouveau éventuellement en rapport avec le Médecin Traitant et précise, par un nouvel accord, si le malade doit être considéré comme guéri (fin des prestations) ou au contraire s'il doit continuer à recevoir des soins et pour quelle période.

Au Contrôle Médical sont également transmises toutes les demandes de traitements qui, du fait de l'application de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels, doivent être soumis à entente ou à information. A la réception de ces demandes, le Médecin Conseil peut, s'il est suffisamment éclairé par les renseignements qui les accompagnent, donner son avis sur pièces ; dans le cas contraire, il convoque les intéressés pour un examen médical. A la suite de cet examen, il peut prendre toutes les décisions qu'il estime nécessaire.

Par ailleurs, les Caisses communiquent au Contrôle Médical les dossiers maladie présentés par les assurés au moment du remboursement. Le Médecin Conseil est de la sorte amené à vérifier l'exactitude de la tarification des Actes suivant les dispositions de la Nomenclature et à prendre connaissance des différents produits pharmaceutiques prescrits au malade.

C'est là un des côtés les plus délicats du Contrôle. Suivant les cas il peut, après vérification, donner son

accord immédiat au règlement du dossier ou bien demander au Médecin Traitant des explications, s'il a relevé quelque anomalie. Dans l'immense majorité des cas, cet échange de vue permet de donner l'accord. En cas d'abus, de fraude décelés, le Médecin Conseil peut éventuellement transmettre le dossier au Contentieux Médical de la Sécurité Sociale qui lui donnera la suite qui convient (Instances devant l'Ordre des Médecins le cas échéant).

● *En matière d'Accident du Travail,* le Contrôle Médical a pour tâche principale l'application des dispositions légales : surveillance du risque et, à la consolidation, évaluation du taux de l'Incapacité Partielle Permanente (I.P.P.).

Son intervention se fera sentir à plusieurs reprises, en particulier lors de la fixation de la date de consolidation, s'il y a un désaccord entre Médecin Traitant et Médecin Conseil ou même si, en cas d'accord entre les Médecins, l'Assuré conteste, par une simple lettre, la date de consolidation retenue. Dans cette éventualité, le Médecin Conseil doit, dans un délai de cinq jours après avoir été saisi de la contestation, se mettre en rapport avec le Médecin Traitant pour désigner un expert, choisi sur une liste officielle. Cet expert a pour mission de fixer la date de consolidation.

Par la suite, le Médecin Conseil doit examiner la victime en vue d'apprécier les séquelles qu'elle peut présenter, ce qui se traduira par la détermination d'un taux d'Incapacité Partielle Permanente. Ce taux est transmis au Comité des Rentes, qui calculera la Rente en résultant compte tenu du salaire de l'intéressé.

Il est enfin dans les attributions du Médecin Conseil de se soucier du reclassement professionnel de l'accidenté et de faire, le cas échéant, pratiquer un examen par un Centre Psychotechnique, en précisant quelles sont les professions susceptibles de convenir à cet Assuré eu égard à ses infirmités.

• *En cas de Maladie Professionnelle,* le Médecin Conseil doit contrôler que l'affection présentée par l'intéressé correspond bien à celle désignée par le tableau des Maladies Professionnelles. Il demande bien souvent aux Services administratifs de la Caisse de faire vérifier l'exactitude de l'exposition au risque, sa durée, etc..., toutes conditions lui permettant d'apprécier correctement la situation de son malade.

Lors de la consolidation, l'examen du malade lui donne les éléments nécessaires à la détermination éventuelle d'une Incapacité Partielle Permanente résiduelle.

Enfin le Médecin Conseil peut, par sa position privilégiée, soupçonner l'existence de nouvelles Maladies Professionnelles non encore indemnisables car ne figurant pas dans les tableaux. Les déclarations en conséquence, qu'il se doit d'établir, sont transmises au Service du travail et de la main-d'œuvre qui déclenche une enquête.

• *Multiples sont les autres circonstances* où l'intervention du Médecin Conseil est sollicitée, qu'il s'agisse de rééducation fonctionnelle, de placements, etc... C'est ainsi, par exemple, que son rôle n'est pas négligeable dans la lutte antituberculeuse.

Au début de l'affection, s'il y a désaccord avec le Médecin Traitant, il désigne un expert qui aura pour mission de fixer les modalités du traitement. L'expert ne peut être que le Médecin phtisiologue départemental ou un Médecin chef de Service spécialisé. Par la suite, le Médecin Conseil doit intervenir en cas de placement en préventorium, sanatorium, établissement de rééducation professionnelle.

Le Médecin Conseil collabore, par ailleurs, à la constitution des dossiers relevant du Contentieux de la Sécurité Sociale, pour toute la partie médicale.

b) *Le Contrôle Médical en milieu hospitalier*

Le Médecin Conseil qui est détaché en milieu hospitalier a les mêmes charges que ses confrères affectés au Contrôle Primaire de la Caisse. Il dépend d'ailleurs de ce même Contrôle mais, par sa position un peu spéciale, il est à même de prendre toutes les dispositions nécessaires en ce qui concerne les Assurés Sociaux ou les ayants-droit hospitalisés.

Le Médecin Conseil de la Sécurité Sociale attaché à l'Hôpital doit :

— régler la situation administrative des malades :
longue maladie,
invalidité,
appareillage,
accidents du travail.

— intervenir dans l'orientation à la sortie,
que l'Assuré Social rejoigne son domicile ou d'autres établissements.

Dans les conditions présentes, le contrôle rend des services très appréciables dans l'aide qu'il apporte pour les placements et les diversés orientations à donner aux malades à la sortie de l'Hôpital, mais il ne peut avoir qu'une portée économique limitée. Les conditions actuelles de l'équipement hospitalier, le manque d'établissements de chroniques, l'insuffisance du personnel soignant constituent des obstacles considérables au rendement hospitalier.

Il est à craindre que, pendant de longues années encore, le contrôle médical hospitalier ne se trouve paralysé dans son action devant l'impossibilité matérielle de pouvoir remédier aux causes, tout au moins dans les très grands centres urbains où se manifestent les plus grandes dépenses hospitalières. Cette lointaine échéance de remèdes ne peut qu'être accentuée par l'évolution démographique et la tendance des malades à accepter l'hospi-

talisation, même dans des conditions imparfaites, devant la nécessité de parfaire les diagnostics ou de mettre en œuvre des traitements difficiles.

2) *Problèmes pratiques :*

a) Pour aborder de façon concrète l'un des plus importants, prenons un exemple :

Un malade Assuré Social est adressé de Foix en urgence au Centre Hospitalier Régional de Toulouse. A quel tarif de responsabilité sera-t-il remboursé : au tarif de l'Hôpital de Foix ou à celui de Toulouse ?

La fiche d'admission de ce malade est transmise à la Caisse d'origine qui prend contact avec le Contrôle Médical local.

Se pose alors le problème de la justification médicale de l'hospitalisation à Toulouse. Cette justification peut être apportée soit par le Médecin Traitant soit par le Corps Médical de l'Hôpital de Toulouse.

1er cas : le Médecin Traitant a averti le Contrôle de la gravité de l'affection. Le tarif de responsabilité appliqué sera celui de Toulouse.

2e cas : le contrôle médical ne possède pas de renseignements précis. Il demande à l'Hôpital de Toulouse de faire le point sur les conditions qui ont motivé cette hospitalisation.

C'est ainsi, par exemple, qu'une fracture de jambe non compliquée, qui aurait pu être traitée à Foix, sera remboursée selon le tarif de Foix. Il n'en sera pas de même pour une hémorragie grave chez un malade présentant une incompatibilité sanguine. Dans ce cas, le transfert au Centre Hospitalier Régional est parfaitement justifié et le malade peut bénéficier du remboursement au tarif de responsabilité de Toulouse.

b) Dans quelles conditions l'Assuré Social peut-il bénéficier du remboursement des frais de transport ?

Malgré certains Arrêts récents de la Cour de Cassation, le remboursement des frais de transport est, en principe, lié à l'hospitalisation. Exceptionnellement, les frais de transport par ambulance engagés par l'Assuré pour se rendre à l'Hôpital, en vue de recevoir des soins sans être hospitalisé, peuvent être pris en charge au titre des prestations légales, pourvu qu'avant de prendre sa décision, la Caisse ait sollicité l'avis circonstancié de son Médecin Conseil. Ce dernier est consulté sur le point de savoir, non seulement si le transport par ambulance est justifié, mais encore si ce transport peut permettre effectivement d'éviter une hospitalisation du malade.

Pour ce qui est des malades hospitalisés, deux cas peuvent se présenter :

1er cas : Lorsque le malade doit être transporté en vue d'un diagnostic dans un établissement mieux installé que celui dans lequel il est hospitalisé, mais doit être ensuite ramené dans ce dernier dès le diagnostic effectué, les frais de transport sont à la charge du premier Hôpital et doivent être incorporés dans le prix de journée.

2e cas : Lorsque le malade quitte définitivement l'hôpital pour être admis dans un autre établissement plus important ou plus spécialisé, les frais de transport doivent être remboursés par la Caisse de Sécurité Sociale (même si par la suite, le malade doit revenir dans le premier établissement).

Ce remboursement ne peut être effectué que dans la mesure où le transport est reconnu comme médicalement nécessaire en raison des besoins du traitement ; le Médecin Conseil de la Caisse peut exercer son contrôle à ce sujet.

c) La Caisse de Sécurité Sociale peut-elle refuser la prise en charge d'un Assuré Social hospitalisé remplissant les conditions d'ouverture des droits?

L'accord ou le refus de la prise en charge par la Caisse sont liés à l'avis formulé par le Médecin Conseil. Pour chaque hospitalisation en effet, la Caisse de Sécurité Sociale lui demande de donner son opinion sur la justification médicale de l'hospitalisation.

L'avis favorable du Médecin Conseil est la condition nécessaire et suffisante à la prise en charge d'un Assuré Social remplissant les conditions d'ouverture des droits.

d) Qui doit faire les démarches nécessaires pour qu'un Assuré Social puisse éventuellement bénéficier de la mise en « Longue Durée » ?

C'est au Chef de Service ou à ses représentants que revient la charge de dépister les affections susceptibles d'entrer dans la catégorie des Affections de Longue Durée.

C'est le Chef de Service qui a pouvoir d'initiative et non le Médecin Conseil qui est là pour juger.

Cependant ce dernier, informé par le Médecin hospitalier du diagnostic porté chez un Assuré pour lequel une prolongation de séjour est demandée, pourra à cette occasion suggérer au Médecin Traitant d'établir le certificat demandant son admission au bénéfice de l'Affection Longue Durée.

3) *Suggestions :*

Le Médecin Conseil peut donc être considéré comme le pivot entre le Corps Médical et la Sécurité Sociale.

C'est sous le signe de la collaboration que doivent être compris les rapports entre Médecin Conseil et Médecins de l'Hôpital tels qu'ils ont été définis par l'arrêté ministériel de 27 novembre 1961 dans son article 8 :

« Les Médecins de l'Hôpital faciliteront, dans toute la mesure du possible, les opérations du Contrôle effectué par le Médecin Conseil, dûment accrédité et astreint lui-même au secret professionnel. A cet effet, les Médecins Hospitaliers communiqueront au Médecin Conseil les documents médicaux nécessaires au Contrôle. Les Chefs de Service veilleront à éviter les abus dans la durée de l'hébergement. Tout Assuré pour qui les motifs médicaux d'hospitalisation ont cessé, devra être sortant.

En chirurgie, le tableau opératoire prévu devra, sans faire obstacle aux opérations d'urgence, être établi de manière à permettre l'intervention dans les 48 heures qui suivent l'admission du malade dans tous les cas où la décision a pu être prise avant cette admission. Tous les examens pré-opératoires devront, chaque fois que cela est possible, être pratiqués avant l'hospitalisation.

Les Médecins Conseils des Caisses seront accrédités auprès de la direction de l'Hôpital pour être mis en rapport avec les Médecins Chefs de service. »

En pratique, les motifs d'incompréhension entre Médecin Conseil et Médecin de l'Hôpital ne manquent pas. Ils tiennent souvent à une optique différente : c'est ainsi que le Médecin Conseil envisage le malade dans son cadre habituel de vie sociale et non exclusivement dans le cadre, anormal, de l'Hôpital. Dans la plupart des cas, les contacts et échanges de vue entre Médecin Conseil et Médecin de l'Hôpital dissipent bien des malentendus.

Pleinement au courant des textes en constante évolution, s'il est parfaitement intégré au Corps Médical hospitalier, le Médecin Conseil est en mesure de poursuivre un dialogue fructueux au service du malade et de la Société.

C) L'Assistante Sociale hospitalière

1) *Attributions*

Le rôle de l'Assistance Sociale nous a paru double :

a) Résoudre les difficultés administratives du malade hospitalisé :

— *Prise en charge :* Bien des malades hospitalisés ne possèdent pas les pièces justificatives nécessaires à l'ouverture des droits. L'Assistante Sociale groupe ces pièces et accomplit des démarches de prise en charge auprès de la Caisse de Sécurité Sociale.

— *Assurance Maladie prolongée* (au-delà de 6 mois) : L'Assistante Sociale doit recueillir du Corps Médical un certificat justifiant la demande d'Assurance Maladie prolongée. Le Médecin Conseil donne son accord ou non à la prolongation de soins. Ces attestations sont transmises à la Caisse qui demande des références à l'intéressé.

b) Effectuer le placement du malade :

C'est le Médecin Traitant qui demande le placement. Le Médecin Conseil donne son avis. La Caisse assure la prise en charge qui, dans les suites d'hospitalisation, est dépourvue de formalités administratives.

2) *Problèmes pratiques*

Comment les Assurés Sociaux réagissent-ils devant la complexité de la législation les concernant ?

Les malades, dans l'ensemble, paraissent peu au courant de leurs droits et des formalités qu'il leur faut remplir pour en bénéficier.

C'est ainsi, par exemple, que pour la prise en charge, la production d'un bulletin de salaire indispensable à l'ouverture des droits, n'est pas encore entrée dans les habitudes.

3) *Suggestions*

Les problèmes posés à l'Assistante Sociale précisent davantage ce que laissaient entrevoir les difficultés rencontrées précédemment, à savoir le manque d'informations à tous les niveaux.

Pour mieux faire face aux problèmes soulevés par l'hospitalisation d'un Assuré Social, il conviendrait de mettre en œuvre un vaste système d'information utilisant tous les moyens actuels, tels que brochures, affiches, dépliants, radio, etc... et atteignant tous les niveaux intéressés :

— *Le public* qui est victime certes de la complexité des démarches, mais aussi de son ignorance des questions élémentaires le concernant.

— *Le Médecin Traitant :* qui affiche trop souvent un mépris de la paperasse, se doublant à l'occasion d'un manque de confiance en ceux qui sont chargés de veiller à l'application des textes.

— *Le Médecin d'Hôpital :* qui ne peut plus se désintéresser du devenir social de son malade.

● Au cours des études médicales d'abord, l'étudiant devrait se familiariser avec les problèmes médico-sociaux pratiques concernant le malade assuré social, le malade hospitalisé, etc...

● Par la suite, externes et internes des Hôpitaux, au contact des réalités sociales, devraient apprendre à mesurer l'importance de ces problèmes dans la pratique quotidienne.

L'externe signant un billet d'entrée ou demandant un électrocardiogramme, ne peut ignorer les répercussions de ses décisions.

Le malade ne saurait être dissocié de son contexte social. L'observation clinique ne sera pas complète s'il manque le paragraphe médico-social.

● Enfin, conscients de ces problèmes et de leur caractère concret, il nous paraît opportun que les responsables de ces questions, aux différents échelons, prennent l'initiative de colloques médico-sociaux hospitaliers. Des rencontres régulières groupant les Médecins Traitants et Hospitaliers, le Médecin Conseil de la Sécurité Sociale, les responsables des services administratifs hospitaliers, les Assistantes sociales hospitalières permettraient certainement une meilleure coordination des efforts.

CONCLUSIONS

1. Le système hospitalier français a évolué sous l'influence des progrès techniques et du souci d'assurer une meilleure couverture sociale à une part de plus en plus grande de la population.

A l'heure actuelle, il existe dans notre pays différents établissements caractérisés à la fois par leurs possibilités techniques et leur implantation géographique.

2. L'admission d'un malade implique un certain nombre de démarches en vue de la prise en charge ou du remboursement des frais d'hospitalisation par la Caisse de Sécurité Sociale, avec éventuellement l'appoint d'autres organismes : Mutuelles, Aide Médicale...

Les dispositions réglementaires en vigueur précisent des taux de remboursement valables dans certaines conditions : choix de l'hôpital, caractères de l'affection ou du traitement...

3. A l'intérieur de l'Hôpital, les fonctionnaires du Bureau des entrées, le Médecin Conseil de la Sécurité Sociale et les Assistantes Sociales, s'efforcent, chacun en

ce qui les concerne, d'aplanir les difficultés, et de permettre l'application, à l'Assuré, des dispositions les plus favorables.

4. Il nous paraît essentiel que l'Assuré Social soit mieux informé de ses droits et de ses obligations en matière d'hospitalisation. Nous pensons que, dans ce domaine, les Médecins Traitants, le Corps Médical Hospitalier à tous ses échelons, ont un rôle essentiel à jouer.

Le Président,

GADRAT.

Vu : *le Doyen,*

LAZORTHES.

Vu et permis d'imprimer.

Toulouse, le 3 décembre 1964.

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

LOYEN.

APPENDICE I

Région sanitaire Midi-Pyrénées

1° *Nombre d'hôpitaux de la Région :*

1 Centre hospitalier universitaire : Toulouse.

6 Centres hospitaliers : Albi, Auch, Cahors, Montauban, Rodez, Tarbes.

22 hôpitaux hospices :

Ariège : Pamiers, Foix, Saint-Girons, Lavelanet.
Aveyron : Decazeville, Millau, Saint-Affrique, Villefranche-de-Rouergue.
Gers : Condom.
Lot : Figeac, Gourdon, Saint-Céré.
Hautes-Pyrénées : Lourdes, Bagnères-de-Bigorre.
Tarn : Castres, Mazamet, Lavaur, Gaillac.
Tarn-et-Garonne : Moissac.
Haute-Garonne : Revel, Saint-Gaudens, Bagnères-de-Luchon.

2° *Nombre de lits* (année 1963) :

Total	12 698 lits
dont : lits d'hospice	4 869 —
et réadaptation fonctionnelle	161 —

(Détail du nombre de lits)

	Nombre total de lits	Dont lits d'hospice
AVEYRON.		
Centre hospitalier de Rodez	804	390
Hôpital de Decazeville	131	46
— de Millau	192	107
— de Saint-Affrique	192	120
— de Villefranche-de-Rouergue	190	119
ARIÈGE.		
Hôpitaux de Pamiers	322	135
— de Foix	220	94
— de Saint-Girons	161	62
— de Lavelanet	114	70
GERS.		
Centre hospitalier d'Auch	800	341
Hôpital de Condom	173	100
LOT.		
Centre hospitalier de Cahors	547	170
Hôpital de Figeac	247	110
— de Gourdon	155	73
— de Saint-Céré	293	150
HAUTES-PYRÉNÉES.		
Centre hospitalier de Tarbes	700	122
Hôpital de Lourdes	225	83
— de Bagnères-de-Bigorre	342	124*

* et, de plus, 161 lits de réadaptation fonctionnelle.

	Nombre total de lits	Dont lits d'hospice
TARN.		
Centre hospitalier d'Albi	735	233
Hôpitaux de Castres	626	256
— de Mazamet	296	156
— de Lavaur	350	204
— de Gaillac	230	130
TARN-ET-GARONNE.		
Centre hospitalier de Montauban	1 003	288
Hôpital de Moissac	215	118
HAUTE-GARONNE.		
Hôpital de Revel	240	160
— de Saint-Gaudens	165	96
— de Bagnères-de-Bigorre	168	120
Centre hospitalier régional : TOULOUSE	2 861	792

APPENDICE II

Les prix de journée au C.H.R. de Toulouse

Les prix de journée applicables, à compter du 1er janvier 1964, dans les divers services du Centre Hospitalier Régional de Toulouse sont fixés ainsi qu'il suit :

Hospices	16	francs
Chroniques	27	—
Convalescents	32	—
Médecine	65	—
Chirurgie	78	—
Maternité	78	—
Chirurgie cardio-vasculaire	190	—
Réanimation respiratoire .	190	—
Rein artificiel.	190	—

BIBLIOGRAPHIE

R. F. Bridgman. — *L'hôpital rural, sa structure et son organisation*, 1954, p. 37.

Guide de l'Administrateur d'hôpital, F.N.O.S.S., pp. 11, 54, 87, 139, 149.

J. Imbert. — *Les hôpitaux en France*, P.U.F., pp. 77, 88.

P. Lachèze-Pasquet. — *L'administrateur de l'hôpital*, 1963, pp. 31, 36.

Le contrôle médical dans la Sécurité sociale, in « Presse Médicale », 7 mars 1964, 72, n° 12, p. 707.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 9

PREMIÈRE PARTIE. — HÔPITAL PUBLIC ET SÉCURITÉ SOCIALE 13

I. *Facteurs d'évolution du système hospitalier* 15
A) Le Concept de Régionalisation 15
B) La Sécurité Sociale 17

II. *L'Hôpital Public en 1964* 19
A) Classification des Hôpitaux Publics. 19
B) Gestion de l'Hôpital Public 24
C) Organisation interne de l'Hôpital Public 27

DEUXIÈME PARTIE. — L'ASSURÉ SOCIAL A L'HÔPITAL. 31

I. *La démarche de l'Assuré Social Hospitalisé*. 32
A) Avant l'Entrée à l'Hôpital 32
— Ouverture des droits 32
— Choix de l'établissement hospitalier. . . 35
B) A l'Entrée. 36
— Le Billet d'Entrée 36
— Avis d'admission. Prise en charge 36
— Régimes d'hospitalisation 37
C) Le séjour hospitalier 37
— La Prolongation de séjour. 38
— Les Bases de remboursement. 40

II. *Réflexions pratiques*. 48
A) Le Bureau des Entrées. 48
B) Le Médecin Conseil de la Sécurité Sociale. . . . 52
C) L'Assistante Sociale hospitalière. 62

CONCLUSIONS 65

APPENDICES :
— Région sanitaire Midi-Pyrénées 67
— Prix de journée applicables en 1964 au C.H.U. de Toulouse 70

BIBLIOGRAPHIE 71

Dépôt légal 4e trim. 64, Aa, 436.

Imprimerie Toulousaine — 16, rue Lakanal — TOULOUSE